Ein Beitrag zur Kenntnis der Meralgia paraesthetica

(Bernhardt'sche Sensibilitätsstörung).

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Universität Leipzig

vorgelegt von

Ernst Lindner,
prakt. Arzt
aus Berlin.

ACA
LUCIUS
BIBL

Leipzig.
Druck von Bruno Georgi
1906.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 28. Mai 1906.

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hoffmann.

Meinen Eltern
gewidmet.

Eine isolierte, im Gebiet des Nervus cutaneus femoris externus vorkommende Sensibilitätsstörung wurde als solche zuerst von Bernhardt beobachtet und als abgeschlossenes Krankheitsbild beschrieben.[1]) Man gab dieser Erkrankung daher später den Namen Bernhardt'sche Sensibilitätsstörung oder Meralgia paraesthetica (μηρός Lende, ἄλγος Schmerz).

Das Symptombild der Erkrankung wurde von deren erstem Beobachter angegeben als eine Gefühlsstörung an Vorder- und Aussenseite des Oberschenkels, bei welcher den oft hochgradigen subjektiven Parästhesieen verhältnismässig geringe objektive Sensibilitätsstörungen gegenüberstehen. Die Ätiologie der sich aus einzelnen Attacken zusammensetzenden aber durchaus chronisch werdenden Erkrankung ist nach seiner Ansicht sehr mannigfaltig, teils auf Intoxikationen (Typhus, Blei), teils auf wechselnde thermische Einflüsse oder auf mechanische Insulte zurückzuführen.

Entsprechend dem streng abgegrenzten Hauptgebiet, das in allen diesen Fällen von der Sensibilitätsstörung ergriffen ist, nimmt er eine isolierte Affektion des Nervus cutaneus femoris

---

[1]) Bernhardt (1), Ueber isolierte im Gebiete des N. cutan. femor. extern. vorkommende Parästhesien. Neurolog. Centralbl. Bd. XIV, 1895. Nr. 6, S. 242.

Die Zahlen hinter den angeführten Schriften bezw. deren Autoren verweisen auf das am Schluss befindliche Literaturverzeichnis.

externus und seiner Verzweigungen als Ursache an. Die Therapie hält er für wenig aussichtsvoll, wenngleich Elektrizität und hydrotherapeutische Massnahmen bisweilen ein Nachlassen der Störungen bewirkten; zumeist seien aber schon die Patienten dadurch wesentlich beruhigt, dass man ihnen die Versicherung geben könne, dass ihr Leiden nicht als ein Vorbote einer ernsten Nervenerkrankung aufzufassen sei.

Nachdem so die Aufmerksamkeit auf diese Affektion gelenkt war, folgten in den nächsten elf Jahren eine grosse Reihe von Veröffentlichungen, die teils in die Ätiologie mehr Klarheit brachten, teils genauere Beobachtungen über Symptome und Verlauf der Krankheit oder pathologisch-anatomische Aufschlüsse enthielten, teils therapeutische Massnahmen empfahlen.

In ätiologischer Hinsicht spielen wechselnde thermische Einflüsse auf die Entwickelung der Erkrankung eine grosse Rolle. Schon Bernhardt führte in seiner oben erwähnten Arbeit zwei Fälle an, bei denen durch Beruf bedingte Arbeit an offenem Feuer und darauf folgende Abkühlung den Ausbruch des Leidens veranlassten, von anderen Autoren wurde der Gebrauch kalter Douchen[1]), Einwirkung von Zugluft[2]), speziell infolge von Schlafen bei geöffnetem Fenster[3]) als Ursache herangezogen.

Ein weiteres ätiologisches Moment, das manchen Berufsarten speziell zukommt, ist das der Überanstrengung der unteren Extremitäten; so fanden mehrere Autoren hierin die Grundlage des Leidens[4]), einmal beispielsweise durch den Beruf des

---

[1]) Freud (3), Ueber die Bernhardt'sche Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Neurol. Centralbl. Bd. XIV, 1895. Nr. 11, S. 491.

[2]) Donath (11), Ein Fall von Bernhardt-Roth'scher Parästhesie Wiener Med. Woch., Nr. 25.

[3]) Horvath (26), Ueber Parästhesie des Nerv. cutan. fem. Wien. med. Wochenschr., Nr. 40.

[4]) Adler (9), Zur Kenntnis der Bernhardt'schen Sensibilitätsstörung. Neurol. Centralbl. Bd. XVI, 1897. S. 682. Traugott (23), Casuistischer Beitrag zur Bernhardt'schen Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Monatsschr. f. Psycathi. u. Neurol. 1898. Bd. III.

Scheerenschleifens (wobei das Schwungrad durch Fussbetrieb in Bewegung gesetzt wird[1]) bedingt.)

Eng zusammen hiermit hängt die direkte traumatische Einwirkung auf den Nerven; von zahlreichen dahingehenden Beobachtungen sind besonders einige Fälle interessant, bei denen eine verhältnismässig geringe, kaum mit dem Begriff Trauma zu bezeichnende Einwirkung vorlag, so das dauernde Tragen eines Gurtes oder Säbelkoppels[2]) und die langdauernde Applikation einer Eisblase während eines Appendicitisanfalles, die, es handelte sich um einen von Warda[3]) beschriebenen Neurastheniker eigentümlicherweise eine linksseitige Meralgia paraesthetica zur Folge hatte.

Wenn auch hier die Ursache nicht in der Appendicitis an sich gesucht wurde, so sind doch in einer grossen Zahl von Fällen vorausgegangene Erkrankungen mit dem Ausbruch der Meralgie in Verbindung gebracht worden, so mehrere Infektionskrankheiten wie Typhus[4]) und Influenza[5]), ferner die beiden Stoffwechselkrankheiten Diabetes mellitus[6]) und Arthritis urica[7])

---

[1]) Buccelli (18), Meralgia paraestetica e tabe dorsale. Riv. di Patol. nerv. etc., Nr. 3.

[2]) Bernhardt (1), Ueber isolierte im Gebiet des N. cut. fem. ext. vorkommende Parästhesien. Neurol. Centralbl. Bd. XIV, 1895. S. 242. Benda (8), Zur Parästhesie der Hautnerven am Oberschenkel. Neurol. Centralbl. 1897. Bd. XVI., Nr. 6, S. 256.

[3]) Warda, Ein Fall von Neuritis des N. cut. fem. ext. Neurol. Centralbl. Bd. XVI. 1897. Nr. 20, S. 948.

[4]) Bernhardt (1), Ueber isoliert im Gebiete des N. cut. fem. ext. vorkommende Parästhesieen. Neurol. Centralbl. Bd. XIV. 1895. S. 242, Gordan (36), An unusual case of Meralgia paraesthetica etc. New York. Med. Journ. Vol. 72. pag. 806.

[5]) Sabrazès et Cabannes (14), Méralgie paresthésique. Rev. de méd. Nr. 11. 1897. S. 854.

[6]) v. Luzenberger (6), Beitrag zur Ätiologie der Bernhardt'schen Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Neurol. Centralbl. Bd. XV. 1896. Nr. 22, S. 1026.

[7]) Ingelrans (19), Un nouveau cas de méralg. paresthés. Echo medical du Nord. p. 63. 6 févr.

und vor allem die Lues mit ihren Trabanten, der Tabes dorsalis und der progressiven Paralyse[1]), von denen wohl am häufigsten die Tabes mit der Meralgie vereint auftritt, sodass dann schwer festzustellen ist, was dieser, was jener Krankheit an Symptomen zukommt.

Auch bei einigen Intoxikationen, die mit der Meralgia paraesthetica in Beziehung gebracht wurden, wie die durch Blei und Alkohol hervorgerufenen[2]) dürfte die Differenzierung bisweilen Schwierigkeiten machen.

Zu erwähnen wären nun noch als prädisponierende Momente die funktionellen Neurosen, die bisher insofern herbeigezogen sind, als u. a. Freud[3]) in einem Falle von symmetrischer Meralgie eine Gemütsbewegung als Ursache der Erkrankung annahm und andere Autoren[4]) sie bei Neurasthenikern besonders beobachteten.

Veränderte anatomische Verhältnisse können die Affektion insofern beeinflussen, als Pal[5]) beispielsweise die Bemerkung machte, dass Plattfüsse das Übel verschlimmern und deren Besserung auch auf die Sensibilitätsstörung günstig wirke; ferner beobachteten Bernhardt, Horvath u. a.[6]), dass Lageveränderungen des Uterus sowie Gravidität desselben durch die

---

[1]) Freud (3), Ueber die Bernhardt'sche Sensibilitätsstörung etc. Neurol. Centralbl. Bd. XIV, 1895. Nr. 11, S. 491. Schlesinger (31), Zur Lehre von den multiplen Hautnervenaffektionen, zugleich ein Beitrag etc. Beitrag zur derm. u. syph. Festschr. f. J. Neumann, Wien. pag. 812—818.

[2]) Bernhardt (1) s. ob. Grisard (40), De la méralg. paresthés etc. (Ausg.) Neurol. Centralbl. 1901. Bd. XX.

[3]) s. ob. Freud (3).

[4]) Gordan (36), s. ob.

[5]) Pal (39), Meralgia paraesthetica (Ausz.) Neurol. Centralbl. 1901. Bd. XX. Ders. (43), Ischalgie, Meralgie und Plattfuss. Wiener klin. Rundschau, Nr. 1, pag. 1.

[6]) Bernhardt (5), Sur les parésthésies localisées dans la domaine du nerf cutané ext. Revue neurologique. 1895. No. 22. Horvath (26), Ueber Parästhesie des Nerv. cut. fem. Wiener med. Wochenschr., Nr. 40.

dadurch gegebenen Druckverhältnisse zu Sensibilitätsstörungen des Nerv. cutan. femor. führen können.

Während nämlich der Verfasser der grundlegenden Arbeit bis zu deren Veröffentlichung die Erkrankung nur bei Männern beobachtet hatte, die Möglichkeit ihres Vorkommens bei Frauen aber nicht ausschloss, ergaben spätere Beobachtungen zahlreiche Erkrankungen dieser Art bei Frauen. Bernhardt selbst fand, wie eben erwähnt, Gravide damit behaftet und später hatten Dopter[1]) u. a. unter ihren Beobachtungen sogar mehr Frauen als Männer, während von anderer Seite doch dem männlichen Geschlecht, wahrscheinlich bedingt durch Berufsschädlichkeiten eine grössere Beteiligung an der Affektion zugesprochen wird.

Auch für ein beiderseitiges Auftreten der Erkrankung finden sich in der Literatur eine grössere Anzahl von Belegen (Näcke, Köster[2]) u. a.), man erklärte sich aber das häufigere Vorkommen der einseitigen Affektion als bedingt durch die an beiden Oberschenkeln oft verschiedene Lage des Nerv. cutan. femor. externus, und zwar so dass der auf der einen Seite näher der Spina anterior superior des Darmbeines austretende Nerv um so eher einer Schädlichkeit zum Opfer fällt und vor dem andersseitigen erkrankt (Nawratzki[3]) u. a.)

Der Verlauf der Erkrankung ist auch nach Beobachtung späterer Autoren fast immer derselbe wie eingangs bei der

---

[1]) Dopter, La méralgie paresthétique. Gazette des hôpitaux No. 35, p. 333.

[2]) Näcke (2), Beitrag zu den isoliert auftretenden Parästhesieen im Gebiet des Nerv. cutan. femor. cut. Neurolog. Zentralbl. Bd. XIV 1895. Nr. 8. S. 338.

Köster (7), Ein Beitrag zur Kenntnis der Bernhardt'schen Sensibilitätsstörungen am Oberschenkel. Neurolog. Zentralbl. Bd. XVI 1897. Nr. 6. S. 252.

[3]) Nawratzki (34), Ein Fall von Sensibilitätsstörung des Nerv. cut. fem. ext. mit patholog.-anatom. Befund. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde. Bd. XVIII. pag. 99.

Besprechung der grundlegenden Bernhardt'schen Arbeit geschildert.

Besonders zu erwähnen ist, dass bisweilen zwischen der auslösenden Ursache und dem Ausbruch des Leidens eine längere Zeit verstreicht, so sprach Donath[1]) beispielsweise von mehreren Monaten Zwischenzeit. Recidive wurden noch nach langen Jahren beobachtet, nach Angaben von Good[2]) beispielsweise nach Verlauf von sechs Jahren, und Zunahme des Leidens ist noch nach zwanzigjährigem Bestehen desselben beschrieben worden. (Glorieux[3]).

Die Beschwerden der zur Beobachtung gekommenen Patienten waren häufig recht vielseitige. In den meisten Fällen handelte es sich um eigentümliche Parästhesieen, wie sie hauptsächlich im Beginn der Tabes dorsalis gefunden werden, in den hier zu schildernden waren aber eben diese Gefühlsstörungen nur innerhalb eines abgegrenzten Hautgebietes beschränkt, welches unterhalb der Spina anterior superior und etwas hinter derselben beginnend bis zur Patella oder wenigstens zum Beginn des unteren Drittels des Oberschenkels reicht und zwar dessen Aussen- und Vorderseite einnimmt.

Vom Gefühl des Pelzigseins und des Scheuerns der Wäsche bis zu ausgesprochenen Schmerzattacken (Nartowski, Schlesinger, Glorieux[4]) u. a) sind die verschiedensten subjek-

[1]) Donath (11), Ein Fall von Bernhardt. Roth'scher Parästhesie. Wien. med. Woch. Nr. 25.

[2]) Good (21), Ein Fall von Bernhardt'scher Sensibilitätsstörung. Neurolog. Zentralbl. 1898. Bd. XVII.

[3]) Glorieux (37), Trois cas de paresthésis dans le domaine nerf fémoral cutané externe. Policlinique 1899. 1. Décembre.

[4]) Nartowski (22), Beitrag zur Kenntnis der Mer. paraesth. Neurol. Zentralbl. 1898. Bd. XVII. Schlesinger (31), Zur Lehre von den multiplen Hautnervenaffektionen, zugleich ein Beitrag usw. Beitr. z. derm. u. syph. Festschr. f. J. Neumann. Wien. pag. 812—818. Glorieux (37), Trois cas de paresthésies dans le domaine du nerf fémor. cutane ext. Policlinique 1899. 1. Décembre.

tiven Beschwerden angeführt worden, bald konstant auftretend, bald intermittierend, bald tagelang und wochenlang ganz verschwindend.

Eine Zunahme der Paroxysmen trat meist beim Stehen und Gehen ein, während Ruhelage ein Nachlassen der Beschwerden zur Folge hatte. Die Erklärung hierfür suchte man darin, dass beim Stehen und Gehen infolge der Anspannung der Muskeln und besonders der Fascia lata ein erheblicher Druck auf den oberflächlich liegenden Nerv ausgeübt wird (Adler[1]) u. a.), oder aber in der dabei stattfindenden venösen Stauung (Dopler[2]) u. a). In vielen Fällen traten beispielsweise die Beschwerden nur nach angestrengtem Stehen (Köster, Benda[3]) u. a) oder nach längerem Laufen (Spiller[4]) u. a.) auf, während in anderen Fälien das Liegen auf der kranken Seite besondere Schmerzen verursachte (Nartowski[5]); wieder ein anderes Mal diente eigentümlicher Weise schnelle Bewegung als Mittel, um die Beschwerden zum Nachlassen zu bringen (Escat[6]). Im Fortschreiten der Erkrankung wurden bisweilen die Schmerzen so stark, dass die Erkrankten das ergriffene Bein bis zum ausgesprochenen Hinken schonten (Gordan[7]).

---

[1]) Adler (9), Zur Kenntnis der Bernhardt'schen Sensibilitätstörung am Oberschenkel. Neurolog. Zentralbl. 1897. Bd. XVI. Nr. 15. S. 682.

[2]) Dopter (16), Des troubles de sensibilité de la zone du nerf fém. cut. Gaz. hebd. Nr. 47.

[3]) Köster (2), Ein Beitrag zur Kenntnis der Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Neurol. Zentralbl. 1897. Bd XVI. Nr. 6. S. 252. Benda (8), Zur Parästhesie der Hautnerven am Oberschenkel. Neurol. Zentralbl. 1897. Bd. XVI. Nr. 6. S. 256.

[4]) Spiller (20), A case of meralgia paraesthetica. Journ. of nerv and ment. dis. Nr. 10.

[5]) Nartowski (22), Beitrag z. Kenntn. d. Mer. paraesth. Neurol. Zentralbl. 1898. Bd. XVII.

[6]) Escat (4), Un cas de méralgie parésthesique etc. Rev. neurologique 1895. Nr. 20.

[7]) Gordan (36), An unusual case of méralgia paraesthetica, with intermittent lameness etc. New-York Med. Journ. Vol. 72. pag. 806.

Je nach der Ausbreitung der Beschwerden nahm man eine Beteiligung des Nervus cutaneus femoris lateralis oder medius oder beider an (Benda[1]) u. a.), während eine Beteiligung des oberen die Glutäalgegend versorgenden Astes des Nerven in Abrede gestellt wird (Dopter[2]).

Den häufig so unangenehm werdenden subjektiven Beschwerden stehen, wie schon erwähnt, zuweilen ausserordentlich geringe objektive Sensibilitätsbefunde gegenüber, ja letztere fehlen in mehreren Fällen, wie von Bernhardt, Spiller[3]) u. a. beobachtet, vollständig.

Die am häufigsten gefundene Herabsetzung der Empfindung ist die für Berührung, von leichter Hypaesthesie bis zu ausgesprochener Anaesthesie (Good[4]), Brisard) u. a., doch wurden auch umgekehrt Fälle angeführt, bei denen eine Ueberempfindlichkeit des Hautbezirks für Berührung konstatiert werden konnte (Freud[5]), Glorieux) u. a., von letztgenanntem Autor beispielsweise in einem Falle, bei dem ihm Hysterie nicht ganz ausgeschlossen erschien.

Vereint mit diesen Störungen der Berührungsempfindlichkeit fand man nun häufig solche für alle anderen Qualitäten, so Abnormitäten in der Wärmeempfindung nach beiden Rich-

---

[1]) Benda, siehe oben.

[2]) Dopter (41) La méralgie paresthétique. Gaz. des hôp. Nr. 35. pag. 333.

[3]) Bernhardt (5), Sur les paresthésies localisées etc. Rev. neurologique 1895. Nr. 22. Spiller (20), A case of meralgia paraesthetica. Journ. of nerv. and mart. dis. Nr. 10.

[4]) Good (21), Ein Fall von Bernhardt'scher Sensibilitätsstörung. Neurolog. Zentralbl. 1898. Bd. XVII. Brisard (40), Sur la meralgie paresthésique (Ausg.) Neurol. Zentralbl. 1901. Bd. XX.

[5]) Freud (40), Ueber die Bernhardt'sche Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Neurol. Zentralbl. 1895. Bd. XIV Nr. 11. S. 491. Glorieux (37), Trois cas de paresthésies dans le domaine du nerf fémoral cutané. Policlinique 1899. 2. Décembre.

tungen (Freud[1]), Ingelrans) u. a., Herabsetzung oder Steigerung der elektrokutanen Empfindung (Hedenius[3]), v. Luzenberger u. a.) und schliesslich Veränderungen in der Schmerzempfindung in allen Nüancen von ausgesprochener Hyperalgesie bis zur vollständigen Analgesie, so dass beispielsweise der Weber'sche Tasterzirkel normal, aber brennend empfunden wurde (v. Luzenberger[3]), in einem anderen Falle aber (Nartowski[4]) bei voraufgegangener Lues totale Analgesie bestand. Auch verlangsamte Schmerzempfindung des vom Nervus cutaneus fem. ext. versorgten Hautgebietes wurde festgestellt (Hedenius[5]).

Die objektiven Befunde wechselten wie die subjektiven Beschwerden, fanden sich aber auch unabhängig von diesen, so beispielsweise in geheilten Fällen nach längere Zeit (Good[6]) $1^1/_2$ Jahre) nach dem völligen Geschwundensein der Schmerzen)

Ueber die Definition der Meralgia paraesthetica sind die Meinungen der Autoren stets geteilt gewesen. Die Einen neigten mehr zu der Annahme einer Neuralgie des Nerv. cutan. fem. ext. oder med., so Short.[7]) Nartowski u. a., lezterer führte

---

[1]) Freud (3), siehe oben. Ingelrans (19), Un nouveau cas de méralgie paresthésique. Echo médical du nord. p. 63. 6. février.

[2]) Hedenius (42), Beitrag z. Kenntnis d. Meralg. paraesth. Nordisch. med. Arch. Inn. Med. Abt. II H. 3. v. Luzenberger [6], Beitrag z. Kenntnis der Bernhardt'schen Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Neurol. Zentrlbl. 1896. Bd. XV. Nr. 22. S. 1026.

[3]) v. Luzenberger (6), Beitrag zur Aetiologie der Bernhardt'schen Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Neurol. Zentrbl. 1896. Bd. XV. Nr. 22. S. 1026.

[4]) Nartowski (22), Beitrag z. Kenntnis der Meralg. paraesth. Neurol. Zentrlbl. 1898. Bd. XVII.

[5]) Hedenius (42), Beitrag z. Kenntnis der Meralgia paraesthetica. Nord. Med. Arch. Inn. Abt. II H 3.

[6]) Good (21), Ein Fall von Bernhardt'scher Sensibilitätsstörung. Neurol. Zentrbl. 1898. Bd. XVII.

[7]) Short (15), Paraesthesis. Lancet 3. April Midland. medic. société, Nartowski (22) s. ob.

z. B. einen Fall an, in welchem er das Leiden kombiniert fand mit einer auf rheumatischer Basis beruhenden Neuralgie des ganzen Plexus lumbalis; Druckpunkte wurden hingegen selten beobachtet (Horvath[1]), Glorieux u. a.). Anderen erschien zur Erklärung der Affektion eine mehr oder weniger tief greifende Neuritis des betroffenen Nerven annehmbarer, die, bedingt durch seine oberflächliche Lage beim Austritt unterhalb des Ligamentum Poupartii derartige Symptome verursachen sollte (Sabrazés et Cabannes[2]), Brisard u. a.). Mehrere pathologisch anatomische Befunde deckten die letztere Annahme; so fand Brisard,[3]) Läsionen des Peri und Paraneuriums und Nawratzki[4]) spindelförmige Verdickungen an der Austrittstelle des Nerven und mikroskopisch schollenartige Auflagerungen an der Innenseite des Perineuriums nach Autopsie eines Geisteskranken, der zudem an Meralgia paraesthetica gelitten hatte.

Ob nun Neuralgie oder Neuritis des Nervus cutan. femor. angenommen wurde, die Prognose wurde von allen Autoren quoad sanationem als nicht günstig gestellt.

Zwar wurden die verschiedensten Behandlungsmethoden empfohlen und erprobt, so beim Beginn der Erkrankung vor allem Ruhe (Traugott[5]), Glorieux u. a.) ferner Bäder,

---

[1]) Horvath (26). Ueber Parästhesie des Nerv. cutaneus femoris. Wiener medic. Wochenschrift No. 40. Glorieux (37), Trois cas de paresthésies dans le domaine du nerf fémoral cutané externe. Policlinique 1899 1. XII.

[2]) Sabrazès et Cabannes (14) Méralgie paresthésique. Revue de méd. No. 11 1897 S. 854. Brisard (32). La méralgie paresthésique névralgie du fémoro cutané. Thèse de Paris 1900. Steinheil & Comp.

[3]) Brisard (32) s. ob.

[4]) Nawratzki (34). Ein Fall von Sensibilitätsstörung des Nerv. cut. femor. ext. mit patholog.-anatom. Befunde. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 18 pag. 99.

[5]) Traugott (23). Casuistischer Beitrag zur Bernhardt'schen Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Monatsschr. f. Psychiatr. u Neurol. 1898 Bd. III. Glorieux (37). Trois cas de paresthésies dans le domaine du nerf femoral cutané externe. Policlinique 1899 1. décembre.

Massage und Faradisation (Bernhardt[1]), Nartowski u. a.), doch wurden trotz dieser therapeutischen Massnahmen Recidive nur zu häufig beobachtet. Man nahm daher vielfach zur Chirurgie Zuflucht und es wurde über zahlreiche günstige Ergebnisse der Resektion des erkrankten Nerven berichtet (Souques[2]), Rosenhaupt, Neisser und Pollack u. a.). Eine Kontraindikation für einen operativen Eingriff wurde von einigen Autoren erwähnt (Schlesinger[3]), Chipault u. a.) und zwar in Fällen, wo die Meralgia paraesthetica durch zentrale Leiden, wie Tabes dorsalis, progressive Paralyse und dgl. bedingt ist, da dann durch operative Beseitigung der vom Nerv. cutan. femoris ausgehenden Beschwerden der therapeutische Erfolg im Vergleich zu dem Gesamtbild der Erkrankung als verschwindend angesehen werden müsste.

Ich möchte nun dem bisher Beschriebenen einige Fälle hinzufügen, die ich in der Poliklinik des Herrn Professor Mendel zu beobachten Gelegenheit hatte.

---

[1]) Bernhardt (1). Ueber isoliert im Gebiet d. N. cut. fem. ext. vorkommende Parästheseien Neurol. Centrbl. Bd. XIV 1895, No. 6, S. 242. Nartowski (22). Beitrag zur Kenntnis der Meralgie paraesthetica. Neurolog. Centrbl. 1898 Bd. XVII.

[2]) Souques (29). Un cas de méralgie paresthétique traité par la résection du nerf fémoro-cutané. Revue neurologique No. 14 S. 530. Rosenhaupt (44). Beiträge zur Kenntnis der Meralgie. Inaug. Dissert. Freiburg. Neisser und Pollack (45). Beitrag zur Kenntnis der Roth-Bernhardt'schen Meralgie und ihrer operativen Behandlung. Mitteilung aus den Grenzgebieten der Med. und Chirurgie X pag. 453.

[3]) Schlesinger (38). Die Meralgie paraesthetica und ihre Bedeutung für die Chirurgie. Centrbl. für die Grenzgebiete der Med. und Chirurgie 1900 No. 7. Chipault (35). Les pseudo-méralgies paresthétiques d'origine radiculaire. Ref. Arch. de Neurolog. p. 348.

Zu Fall 1.

= Anaesthesie

= Hypalgesie

= Thermanaesthesie

= herabgesetzte elektrokutane Empfindung.

Fall 1:

August T., 44jähriger Schutzmann.

Der Vater des Patienten starb infolge eines Schlaganfalls, im Uebrigen Heredität ohne Besonderheiten. Die Frau des Pat. ist gesund, hat mehrmals abortiert; 4 gesunde Kinder.

Pat. hatte öfters Influenza, auch vor Beginn des jetzigen Leidens.

Infectio und Potus werden geleugnet, Rauchen angeblich sehr mässig.

Ungefähr vor 10 Jahren, Pat. musste damals viel im Aussendienst stehen mit umgeschnalltem Säbelkoppel, verspürte er nach seiner Angabe zuerst ein brennendes Gefühl, das sich an der linken Hüfte bis zum Knie herabzog und meist beim Stehen und langem Laufen, weniger beim Liegen sich bemerkbar machte. Allmählich kamen hinzu das Gefühl von Kriebeln, Ameisenlaufen und Eingeschlafensein an derselben Körperstelle und die Beschwerden wurden immer stärker. Im September 1904 verstauchte sich Pat. infolge eines Unfalls das linke

Fussgelenk, wonach bei erneuter Aufnahme des Dienstes die unangenehmen Gefühlsempfindungen im linken Oberschenkel rapide fortschritten und fast dauernd den vorderen und seitlichen Teil desselben einnähmen.

Die Schmerzen seien jetzt manchmal so stark, „dass ihm der Kopf brenne", sie nähmen beim Hochlagern des Beines ab, desgleichen auch, wenn er seinen kleinen Jungen auf das erkrankte Knie setzte.

Im rechten Bein habe er nie etwas derartiges gespürt.

Status praesens: Kräftiger Mann von gesundem Aussehen. Beiderseits mässiggradiger Plattfuss, geringe Varicen an beiden Unterschenkeln. Am linken Oberschenkel zahlreiche oberflächliche verästelte Hautvenen.

Cor, Pulmones intakt, Digestion in Ordnung.

Nervenbefund: Hirnnerven frei, Augenhintergrund normal. Obere Extremitäten und Rumpf ohne krankhaften Befund.

Untere Extremitäten: Motilität intakt, keine Atrophieen oder Spasmen.

Sensibilität: Am linken Oberschenkel, in einem Gebiet von der Spina anterior sup. oss. il. bis zum oberen Rand der Patella reichend und die Aussenseite und halbe Vorderseite des Schenkels einnehmend komplete Anaesthesie. In demselben Bezirk Hypalgesie, ein Nadelstich wird nur als ein eigenartiges juckendes Gefühl empfunden. Temperaturempfindung: Warm wird in engerer Grenze als kalt empfunden; in einem kleinen Kreise ungefähr in der Mitte des anästhetischen Bezirks Thermanästhesie. Die elektrokutane Empfindung ist im ganzen Bereich der Anästhesie stark herabgesetzt.

Auf der Haut des übrigen Körpers normale Sensibilitäts-Verhältnisse.

Patellarreflex lebhaft, beiderseits gleich intensiv, elektrische

Erregbarkeit der Oberschenkelmuskulatur beiderseits gut und gleich. Keine Druckpunkte.

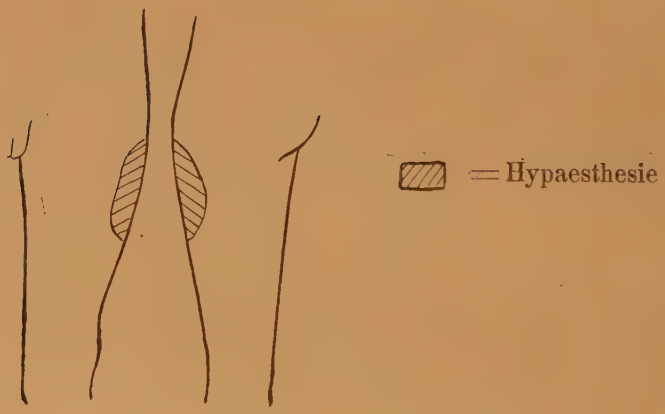
Gang ohne Besonderheiten, Romberg negativ.

Blase, Mastdarm ohne Funktionsstörungen.

Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Therapie. Massage. Tragen von Plattfusseinlagen empfohlen. Beschäftigung im Innendienst (Bureaudienst) angeraten. Falls Beschwerden sich nicht heben, Resektion des linken Nerv. cutan. fem. in Aussicht gestellt.

Zu Fall 2.



Fall 2:

Ernst M., 40jähriger Beamter.

Heredität ohne Besonderheiten.

Pat. ist verheiratet, Vater von 2 gesunden Kindern, seine Frau, angeblich gesund, hat nicht abortiert.

Pat. hat vor 15 Jahren Lues acquiriert, hat im Lauf der

Jahre fünf Inunktionskuren gemacht, wodurch Plaques, Augensymptome usw. immer wieder schwanden. Er hat ferner 14 mal Malaria angeblich gehabt, das letzte Mal vor 10 Jahren, hat mehrmals an Lungenkatarrhen und sonstigen Erkältungen gelitten, aber keine rheumatischen Beschwerden gehabt.

Alkohol- und Nikotingenuss werden in bescheidenen Grenzen zugegeben.

Ueber den Beginn seines eigentümlichen Leidens gibt Pat. folgendes an: Vor etwa 6 Jahren habe er zuerst nach längerem Stehen und Laufen eigenartige ziehende nicht zuckende Schmerzen an der Aussenseite des linken Oberschenkels bemerkt, die vom Knie nach oben gehend niemals auf Vorder- und Hinterseite des Oberschenkels übergriffen. In den nächsten $^3/_4$ Jahren trat allmähliche Verschlimmerung ein, so dass auch schon bei langsamen Gehen, niemals aber beim Liegen ein Gefühl von Prickeln und Taubsein an der betreffenden Stelle auftrat. Diese Beschwerden bestanden, als Pat. in unsere Behandlung kam, 5 Jahre lang mit geringen Schwankungen in gleicher Höhe.

Am rechten Bein wollte er nie dergleichen Störungen verspürt haben.

Der Befund bei der ersten Untersuchung ergab:

Kräftig aussehender Mann in gutem Ernährungszustande.

Cor, Pulmones ohne krankhaften Befund, desgl. Digestionsorgane.

Nervenbefund: Hirnnerven ohne erkennbare Störungen, Augenhintergrund ohne Veränderungen.

Obere Extremitäten, Rumpf ohne Besonderheiten, Motilität und Reflexe der unteren Extremitäten ohne Störungen, keine Atrophien.

Die Prüfung der Sensibilität ergab sonst nichts Abnormes, nur an der Aussenseite des linken Oberschenkels fand sich

eine kaum Handtellergrösse besitzende Hautstelle, auf welcher die Empfindlichkeit für Berührung herabgesetzt war. Störungen für andere Qualitäten der Sensibilität lagen auch hier nicht vor.

Gang ohne Besonderheiten, Romberg negativ.

Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Behandlung: Massage und elektrische Behandlung des betroffenen Oberschenkels mit konstantem Strom.

Allmähliches Nachlassen der Beschwerden. Der Beruf ermöglicht es dem Pat. eine vorwiegend sitzende Beschäftigung auszuüben.

Nach etwa $^1/_2$ Jahre völliges Schwinden der Beschwerden.

Objektiv keinerlei Störungen in der Sensibilität.

Zu Fall 3.

= Hypaesthesie

= elektrische Hyperaesthesie

= Hyperalgesie — verlangsamte Schmerzempfindung — unangenehme Nachempfindungen.

Fall 3:

Frau K., 35 Jahre alt.

Heredität ohne Besonderheiten.

Ehemann (Beamter), angeblich gesund. Pat. gibt an, sie

habe keine Kinder wegen einer Unterleibskrankheit und sei viel spezialärztlich behandelt worden und zwar wegen Gebärmutterknickung, Eierstockentzündung und Blasenkatarrh. Kein Abort.

Seit 10 Jahren leide sie an rheumatischen Beschwerden in den Armen und im Rücken.

Vor 2 Jahren, nachdem sie infolge einer linksseitigen Leistendrüsenoperation mehrere Wochen hätte zu Bett liegen müssen, bemerkte sie nach ihrer Angabe beim Gehen auftretende leichte ziehende Schmerzen, die vom rechten Knie an der Aussen- und Vorderseite des Oberschenkels nach der gleichnamigen Hüfte zogen und mit dem Gefühl von Taubsein und Ameisenlaufen wechselten. Diese Störungen traten seitdem häufig auf, beim Gehen öfter als beim Liegen und wären zeitweise mit dem Auftreten der Menses mehr oder weniger kontemporär.

Nachdem sie einige Zeit elektrisiert worden wäre, wäre es immer besser geworden; es hätte sich aber neuerdings eine Verschlechterung in ihrem Leiden eingestellt, da sie sich auch nicht die nötige Ruhe gönnen könnte.

Status praesens: Gut genährte Frau mit geringer Adipositas.

Beide Beine, besonders der rechte Unterschenkel weisen Varicen auf. Keine Plattfüsse. In der linken Leistenbeuge unterhalb des Lig Poupart. leidlich verschiebliche Narbe von Inguinaldrüsenoperation.

Retroflexio uteri.

Cor, Pulmones und Verdauungsorgane ohne Besonderheiten.

Nervenbefund: Hirnnerven ohne bemerkbare Störungen, Augenhintergrund normal.

Obere Extremitäten gut entwickelt, Motilität und Reflexe normal.

Untere Extremitäten: Motilität intakt, keine Atrophien, kein Druckpunkt, Reflexe normal.

Sensibilitätsbefund am übrigen Körper normal, nur am rechten Oberschenkel an dessen Aussen- und Vorderseite folgende Sensibilitätsanomalien. In den unteren zwei Dritteln des Oberschenkels geringe Herabsetzung der Berührungsempfindlichkeit; Spitz und stumpf werden in dieser Zone schlecht unterschieden. In einem gut handtellergrossen inselartigen Gebiet innerhalb dieses Bezirks elektrische Ueberempfindlichkeit für beide Stromesarten und Hyperalgesie verbunden mit verlangsamter Schmerzempfindung und unangenehmen Nachempfindungen der Berührung; auch kalt und warm werden hier unsicher unterschieden.

Gang ohne Besonderheiten, Romberg negativ.

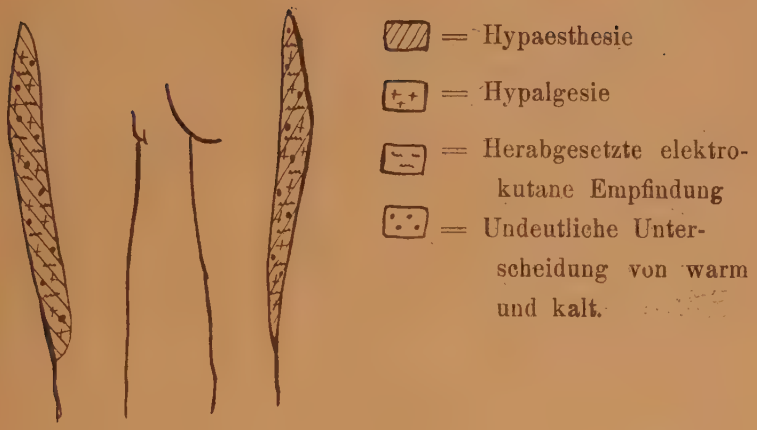
Urin frei von krankhaften Ausscheidungen.

Therapie: Da bisher auf elektrische Behandlung und nach angemessener Ruhe das Leiden sich stets gebessert hat, wird zunächst Ruhe angeraten und Faradisation des rechten Oberschenkels angewandt.

Nach einer Woche wesentliches Nachlassen der Beschwerden. Der objektive Befund ist schon mehr verwischt.

Von einem operativen Eingriff wird abgesehen, die bisherige Behandlung fortgesetzt.

Zu Fall 4.



Fall 4:

Herr N., 29jähriger Kaufmann.

Der Vater des Pat. litt an Diabetes mellitus, sonst Heredität ohne Besonderheiten. Er ist unverheiratet.

Pat. will früher nie erheblich krank gewesen sein; nur zog er sich im 8. Jahre eine Quetschung des rechten Kniegelenks zu.

Seit seinem 14. Lebensjahr litt er oft an Müdigkeit und Schmerzen in beiden Beinen, besonders nach längerem Gehen und sonstigen Anstrengungen. Er war trotzdem Soldat, hatte aber nach längerem Marschieren oft grosse Beinschmerzen.

Tripper wird zugegeben, luetische Infektion und Alkoholmissbrauch in Abrede gestellt. Nikotingenuss angeblich in mässigen Grenzen.

Vor $1^1/_2$ Jahren bekam Pat. eine gefühllose Stelle an der Aussenseite des rechten Oberschenkels; diese wurde nach einigen Monaten grösser und es trat das Gefühl von Kriebeln und Schmerzhaftigkeit auf. Der Schmerz wurde besonders

stark beim Stehen und bei Anstrengungen, verging hingegen beim Sitzen und Liegen.

Anlass ist dem Pat. unbekannt.

Im linken Bein verspürt er nie etwas derartiges.

Status praesens (Sommer 1905): Kräftiger Mann von gesundem Aussehen.

Cor, Pulmones ohne krankhaften Befund, Digestionsorgane in Ordnung. Kein pes planus, keine Varicenbildung. Art. pediaea links fühlbar, rechts nicht.

Nervenbefund: Hirnnerven frei, Augenhintergrund normal.

Obere Extremitäten und Rumpf normal.

Untere Extremitäten: Grobe Kraft gut, Gelenke frei, keine Atrophien, Reflexe beiderseits gleich und normal.

Sensibilität am übrigen Körper normal, nur am rechten Oberschenkel folgende Anomalien. An der Aussenseite desselben in einem Gebiet von der Spin. ant. sup. bis zum oberen Rand der Patella reichend deutliche Hypaesthesie und Hypalgesie, auf derselben Stelle herabgesetzte elektrokutane Empfindung für beide Stromesarten. Kalt und warm wird hier nicht so deutlich unterschieden wie an anderen Stellen, spitz oft als stumpf bezeichnet.

Gang ohne Besonderheiten, Romberg negativ.

Urin in normaler Menge, frei von Eiweiss und Zucker.

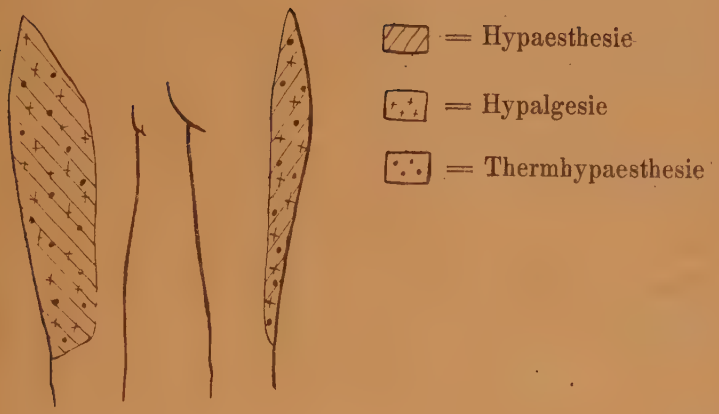
Behandlung: Möglichst Ruhe. Fangobäder. Faradisation und Vibrationsmassage der erkrankten Hautpartie.

Nach $^1/_4$ Jahr deutliche Besserung der Beschwerden, objektiv derselbe Befund. Pat. setzt mit der Behandlung aus.

Nach Verlauf von $^3/_4$ Jahren wieder starke Schmerzen, im objektiven Befund keine Veränderung gegen früher. Urin frei von krankhaften Ausscheidungen.

Da Operation zunächst abgelehnt, wird wieder zur elektrischen Behandlung zurückgegangen.

Zu Fall 5.



Fall 5:

Herr S., 46 Jahre alt, Kolonist (S. W. Afrika).

Heredität ohne Besonderheiten.

Pat. ist angeblich früher nie erheblich krank gewesen und hat nie an Erkältungen spez. rheumatischen Beschwerden gelitten.

Infectio: Vor 18 Jahren Lues acquiriert.

Pat. ist mässiger Alkoholkonsument, aber sehr starker Raucher (über 20 Zigarren täglich).

Pat. spürte zuerst vor 12 Jahren etwa Schmerzen an Vorder- und Aussenseite des rechten Oberschenkels, die aber im Laufe der nächsten Jahre nur sich selten wieder zeigten. Er beachtete sie weiter nicht. Allmählich nahm aber ihr Auftreten besonders nach Anstrengungen an Häufigkeit zu und war von eigentümlichen Gefühlsempfindungen begleitet.

Er klagt jetzt über stechendes Gefühl an Vorder- und Aussenseite des rechten Oberschenkels mit unangenehmem

Kriebeln, als wenn ihm das Bein eingeschlafen sei. Wenn er gehe, empfinde er zudem heftige Schmerzen in denselben Partien.

Im linken Bein habe er keinerlei abnorme Empfindungen.

Status praesens: Kräftig gebauter Mann in gutem Ernährungszustande.

Art. radialis derb anzufühlen. Cor, Pulmones, Digestionsorgane ohne krankhaften Befund.

Kein pes planus, keine Varicenbildung. Art. pediaeae fühlbar.

Nervenbefund: Rechte Pupille weiter als die linke, Reaktion auf Lichteinfall und Konvergenz gut, sonstige Hirnnerven ohne krankhaften Befund. Augenhintergrund normal.

Obere Extremitäten und Rumpf: Motilität ohne Störungen, Reflexe normal.

Untere Extremitäten: Keine Atrophieen. Gelenke frei. Ischiadicusdruckpunkte nicht schmerzhaft. Reflexe von normaler Intensität und beiderseits gleich.

Sensibilität am ganzen übrigen Körper normal, nur am rechten Oberschenkel an dessen Aussen- und Vorderseite folgende Anomalieen: Hypaesthesie und Hypalgesie, ausserdem Thermhypaesthesie; warm und kalt werden hier „anders" empfunden als an anderen Körperstellen. Für elektrokutane Empfindung liess sich keine Abweichung konstatieren.

Gang ohne Störungen, Romberg negativ.

Urin frei von krankhaften Ausscheidungen.

Therapie: Ruhe. Vibrationsmassage und elektrische Behandlung der betroffenen Oberschenkelpartie. Jodkali.

Zu Fall 6.

= Hypaesthesie

= Hypalgesie

= Analgesie

Fall 6:

Herr M., 48jähriger Landwirt.

Heredität ohne Besonderheiten.

Pat. ist seit 20 Jahren verheiratet, hat 1 gesundes Kind, 3 Kinder starben klein; seine Frau hat nicht abortiert.

Pat. ist angeblich früher nie erheblich krank gewesen und hat spez. nie an rheumatischen Beschwerden gelitten.

Luetische Infektion, Alkohol- und Nikotingenuss werden geleugnet.

Ueber den Beginn seines jetzigen Leidens, das Pat. als „Neuralgie" bezeichnet, macht er folgende Angaben: Vor etwa 8 Jahren stellten sich infolge von „Zug in der Eisenbahn" ziehende Schmerzen an der Aussenseite beider Oberschenkel, besonders des linken ein. Diese seien seitdem zwar nicht dauernd, aber es trete an ihre Stelle bisweilen ein eigentümliches Gefühl von Pelzigsein und Kälte. Im Laufe der nächsten Jahre gesellten sich hinzu zeitweise auftretende Kopfschmerzen und blitzartige, zuckende Schmerzen in den Beinen.

Störungen des Urinentleerens und der Potenz habe er nicht gemerkt.

Status praesens: Mittelkräftiger Mann in leidlichem Ernährungszustande.

Cor, Pulmones und Digestionsorgane ohne krankhaften Befund.

Nervenbefund: Pupillen gleichweit, mittelweit; Reaktion auf Lichteinfall träge, gut auf Konvergenz. Sonst Gehirnnerven ohne Störungen. Augenhintergrund normal.

Obere Extremitäten: Motilität gut, keine Atrophieen, keine Ataxieen, Reflexe beiderseits gleich, normal. Sensibilität normal.

Rumpf: Motilität gut, Reflexe normal, keine Sensibilitätsstörungen.

Untere Extremitäten: Motilität intakt, keine Ataxie; Patellarreflexe und Achillessehnenreflexe fehlen beiderseits. Sensibilität: Berührungsempfindlichkeit nicht gestört. Hypalgesie der gesamten Haut der Beine. In einem abgegrenzten Gebiet an den Aussenseiten beider Oberschenkel völlige Analgesie, auf beiden Bezirken ist die taktile Empfindlichkeit gegen die Umgebung deutlich herabgesetzt, besonders am linken Oberschenkel.

Gang bei komplizierten Proben etwas unsicher, Romberg negativ. Blase, Mastdarm ohne Funktionsstörungen.

Urin frei von krankhaften Ausscheidungen.

Therapie: Faradisation, der Oberschenkel, Galvanisatio spinalis.

Eine kritische Betrachtung der 6 Fälle ergiebt nun Folgendes:

Im ersten Fall lag weder eine hereditäre Veranlagung zu einem Nervenleiden vor, noch war der Pat. durch irgend eine voraufgegangene Erkrankung prädisponiert. Es wurden aber 2 Ursachen die Veranlassung für den Ausbruch der Erkrankung Erstens hatte der Pat. in seiner Stellung als Polizist viel zu

stehen und zweitens übte das umgeschnallte Säbelkoppel und besonders auch der an der linken Seite herabhängende Säbel (beides unter dem Rock getragen) einen stetigen Reiz auf die vom Nerv. cutan. fem. lat. et med. versorgten Hautpartieen aus. Nachdem einmal das Leiden unter den bekannten Erscheinungen begonnen hatte, wurde sein Fortschreiten durch eine Verstauchung des linken Fusses begünstigt, welche zusammen mit den durch die vorwiegend stehende Lebensweise hervorgerufenen Varicen und Plattfüssen eine erhöhte venöse Stauung in den unteren Extremitäten und besonders in dem schon angegriffenen linken Bein zur Folge hatte. Die bisweilen hochgradig werdenden Schmerzen wurden gebessert durch Ruhe und durch einen gelinden Druck auf die vorderen Partieen des Oberschenkels (Pat. setzte sein Kind aufs Knie), da durch beides die starke Anspannung des Abduktoren und besonders der Fascia lata, welche beim Stehen durch Druck auf den Nervenaustritt die Beschwerden verursachten, fortfiel. Als Therapie wurde daher Ruhe und sitzende Lebensweise angeraten und die Behandlung der mit den Varicen in Zusammenhang stehenden Plattfüsse empfohlen, eventuell die Resektion des Nerven in Aussicht gestellt. Der objektive Befund ist in diesem Falle verhältnismässig bedeutend (s. Zeichnung).

Um so geringer ist die objektive Sensibilitätsstörung in Fall 2, bei welchem der ganze Krankheitsprozess auch nur auf das Gebiet des Nerv. cutan. fem. lat. beschränkt war und nur sehr geringfügige Beschwerden verursachte. Als Grundlage wird hier vom Pat. ebenfalls langes Stehen aufgeführt, doch handelt es sich in diesem Fall um einen Mann, dessen Nervensystem durch mehrere Krankheiten und besonders durch voraufgegangene luetische Infektion nicht mehr ganz unberührt erscheint, wenn auch der Nervenbefund keinerlei objektive Anhaltspunkte für

eine zur Zeit bestehende luetische Erkrankung oder dgl. gibt. Der Verlauf des Leidens, das in diesem Falle auch nicht so lange wie im vorigen besteht, ist unter Massage und Elektrotherapie verbunden mit sitzender Beschäftigung ein sehr günstiger, es tritt nach $^1/_2$jähriger Behandlung Heilung ein mit Schwinden des objektiven Befundes.

Der 3. Fall betrifft eine Frau und hat zur Aetiologie eine Retroflexio uteri und eine alte Oophoritis. Die Beschwerden, die sich hier über Vorder- und Aussenseite des betroffenen Schenkels erstrecken, bestehen wieder Jahrelang, bisweilen recht unangenehm werdend, und sind durch die durch obige Erkrankungen bedingten Druckverhältnisse in den Beckenorganen veranlasst; sie nehmen beispielsweise nach der Pat. Angabe bei durch Menses gesteigerten Blutdruck zu. Die Behandlung besteht hier neben Anraten der nötigen Ruhe, in Faradisieren des Hautgebiets und hat befriedigende Erfolge gehabt; auch der objektive Befund ist bedeutend zurückgegangen.

Der 4. Pat. ist dadurch hereditiert, dass sein Vater Diabetiker war. Er selbst hat niemals, auch nicht während unserer Behandlung Zuckerausscheidung im Urin gehabt; verdächtig ist hingegen der Umstand, dass er schon lange Zeit vor dem Ausbruch der Meralgie über oft auftretende Müdigkeit in den Beinen zu klagen hatte. Im Uebrigen ist dieser Fall aber als ein im Anfangsstadium befindlicher aufzufassen. Die Erkrankung hat zwar nur den medialen Ast des Nerv. cutan. fem. ergriffen, macht aber doch schon recht erhebliche Beschwerden. Dementsprechend ist der objektive Befund ein mannigfaltiger und zeigt für die verschiedensten Qualitäten Sensibilitätsanomalien. Dies Bild ändert sich auch nicht, nachdem durch Bäder, Vibrationsmassage und Elektrizität die Beschwerden zurückgedrängt sind. Diese tauchen dann auch alsbald wieder auf und es ist dem Pat. zur Neurectomie

geraten worden, zumal da bei seinem jugendlichen Alter eine möglichst radikale Beseitigung des Leidens erwünscht erschien. Leider hat er aber den Eingriff zunächst abgelehnt und erhofft von der bisherigen Behandlungsweise, die er zu früh ausgesetzt habe, völlige Heilung.

Fall 5 und 6 haben das Gemeinsame, dass beide sich an zentrale Nervenleiden anlehnen, therapeutisch daher nicht operativ angefasst werden können. Im ersteren Fall muss eine vor langen Jahren acquirierte Lues als Ursache herangezogen werden, da bald danach ohne sontige Aetiologie die Meralgie einsetzte. Zur Zeit bestehen nur geringe auf die Lues zurückzuführende Augensymptome; die Sensibilitätsstörung ist aber mit kurzen Pausen vorhanden gewesen und zeigt jetzt auch einen ausgedehnten objektiven Befund an der Vorder- und Aussenseite des rechten Oberschenkels. Neben Vibrationsmassage und Elektrizität wird Jodkali gegeben.

Im letzten Fall wird zwar luetische Infektion geleugnet, doch bestehen unstreitige Anzeichen für eine beginnende Tabes dorsalis. Die in diesem Falle doppelseitige Meralgie hat sich nach Angabe des Patienten infolge von Einwirkung von Zugluft im Eisenbahnabteil entwickelt und mit typischen Parästhesien eingesetzt. Ob diese Atiologie auch für die zentrale Affektion zutrifft, möchte ich hier nicht entscheiden, jedenfalls bestehen aber ausser den abgegrenzten Bezirken schwerer Sensibilitätsstörung in beiderseitigen Gebieten des Nerv. cutan. fem. ext. geringgradigere Gefühlstörungen an den ganzen unteren Extremitäten, die zusammen mit träger Lichtreaktion der Pupillen, aufgehobenen Patellar- und Achillessehnenreflexen die Annahme einer beginnenden Tabes dorsalis zulassen. Prognose und Therapie werden hier natürlich vor allem das zentrale Leiden berücksichtigen müssen.

Diese 6 Fälle geben also im ganzen genommen ein recht vielseitiges Bild der Erkrankung, in welchem die wichtigsten Formen und Kombinationen derselben vertreten sind. Mögen sie durch ihre soeben angeführten Eigentümlichkeiten Anregung zu neuen Beobachtungen geben.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor E. Mendel für die gütige Ueberlassung des Materials und Herrn Dr. K. Mendel für seine bereitwillige Unterstützung meinen besten Dank zu sagen.

Literatur.

1. Bernhardt, Ueber isoliert im Gebiet des N. cutaneus femoris externus vorkommende Parästhesieen. Neurol. Centralblatt Bd. XIV, Nr. 6, 1895.
2. Näcke, Beitrag zu den isoliert auftretenden Parästhesieen im Gebiet des N. cut. fem. ext. Neurol. Centralblatt Bd. XIV, Nr. 8.
3. Freud, Ueber die Bernhardt'sche Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Neurol. Centralblatt Bd. XIV, 1895, Nr. 11.
4. Escat, Un cas de méralgie paresthésique etc. Revue neurologique 1895, Nr. 20.
5. Bernhardt, Sur les paresthésies localisées dans la domaine du nerf cutané ext. Revue neurolog. 1895, Nr. 22.
6. v. Luzenberger, Beitrag zur Aetiologie der Bernhardt'schen Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Neurolog. Centralblatt Bd. XV, 1896, Nr. 22.
7. Köster, Ein Beitrag zur Kenntnis der Bernhardt'schen Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Neurolog. Centralblatt Bd. XVI, 1897, Nr. 6.
8. Benda, Zur Parästhesie der Hautnerven am Oberschenkel. Neurol. Centralblatt 1897, Bd. XVI, Nr. 6.
9. Adler, Zur Kenntnis der Bernhardt'schen Sensibilitätsstörung. Neurolog. Centralblatt 1897, Bd. XVI, Nr. 15.
10. Warda, Ein Fall von Neuritis des N. cut. fem. ext. Neurolog. Centralblatt 1897, Bd. XVI, Nr. 20.
11. Donath, Ein Fall von Bernhardt-Roth'scher Parästhesie. Wiener med. Woch. Nr. 25.
12. Shaw, Paraesthesia of the external femoral region. N. Y. med. Journal Nr. 7.
13. Näcke, Intorno adalcuni prenti della teoria di Bernhardt sulla parestesia della coscia. Riv. quindic. di psicologia etc.

14. Sabrazés et Cabannes, Méralgia paresthésique. Rev. de méd. Nr. 11, 1897.
15. Short, Parästhesis. Lancet 3. IV. Midland med. society.
16. Dopter, Des troubles de sensibilité de la zone du nerf fémoro-cutané. Gaz. hebd. Nr. 47.
17. Verhoogen, Sur la méralgie paresthésique de Bernhardt-Roth. Journ. méd. Bruxelles, Nr. 16.
18. Buccelli, Meralgia paresthetica e tabe dorsale. Riv. di Patol. nerv. etc. Nr. 3.
19. Ingelrans, Un nouveau cas de Méralgie paréstésique. Echo médical du Nord. 6. février.
20. Spiller, A case of meralgia paraestetica. Journ. of nerv aud ment. diseases Nr. 10.
21. Good, Ein Fall von Bernhardt'scher Sensibilitätsstörung. Neurolog. Centralblatt 1898, Bd. XVII.
22. Nartowski, Beitrag zur Kenntnis d. M. p. Neurolog. Centralblatt 1898, Bd. XVII.
23. Traugott, Casuistischer Beitrag zur Bernhardt'schen Sensibilitäts störung am Oberschenkel. Monatsschrift für Psychol. u. Neurolog. 1898, Bd. III.
24. Claisse, Méralgie paresthésique, (névrite de fémoro-cutané). Gazette des hôpitaux 1898.
25. Lop, Névralgie paresthésique. Névrité du fémoro-cutané. Presse médicale 1. mars.
26. Horvath, Ueber Parästhesie des Nerv. cut. fem. Wien. medic. Wochenschrift Nr. 40.
27. Hascovec, Neuralgia paraesthetica. Wien. med. Blätter, Nr 22 24.
28. Féré, La méralgie paresthésique. Belgique méd. II.
29. Souques, Un cas de méralgie paresthétique traité par la résection du nerf fémoro-cutané. Revue neurol. Nr. 14.
30. Panski, Ein Fall von Meralgia parästhetica. Cras opismo lekarskie Nr. 6.
31. Schlesinger, Zur Lehre von den multiplen Hautnervenaffektionen, zugleich ein Beitrag zur Klinik der Meralgia paraesthetica. Beitrag z. derm. u. syph. Festschrift f. J. Neumann, Wien.
32. Brisard, La méralgie paresthésique névralgie du fémoro-cutané. Thèse de Paris 1900. Steinheil et Comp.
33. Musser, John and Sailer, Meralgia paresthetica. Journ. of nerv and ment. diseases. Nr. 1.
34. Nawratzki, Ein Fall von Sensibilitätsstörung des N. cut. fem. ext. mit patholog. anatom. Befunde. Dtsch. Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 18.
35. Chipault, Les pseudo-méralgies paresthétiques d'origine radiculaire. Ref. Arch. de Neurol.

36. Gordan, An unusual case of meralgia paraesthetica, with intermittent lameness (claudilation intermittente-type Charcot). N. Y. Med. Journal, Vol. 72.
37. Glorieux, Trois cas de paresthésies dans le domaine du nerf fémoral cutané externe. Policlinique 1899, 1. déc.
38. Schlesinger, Die Meralgia parästhetica (Bernhardt'sche Sensibilitäts-Störung uud ihre Bedeutung für die Chirurgie. Centralblatt f. d. Grenzgebiete d. Medizin u. Chirurgie 1901. Nr. 7.
39. Pal, Meralgia parästhética (Auszug). Neurolog. Centralblatt 1901. Bd. XX.
40. Brisard, De la méralgie par. etc. (Auszug). Neurolog. Centralblatt 1901, Bd. XX.
41. Dopter, La méralgie paraesthétique. Gaz. des hôp. Nr. 35.
42. Hedenius, Beitrag zur Kenntnis der Meralgia paraesthetica. Nordisches Med. Archiv, Innere Med. Abt. II H. 3,
43. Pal, Ischalgie, Meralgie u. Plattfuss. Wiener klin. Rundschau Nr. 1.
44. Rosenhaupt, Beiträge zur Kenntnis der Meralgie. Inaug. Dissert. Freiburg.
45. Neisser und Pollack, Beitrag zur Kenntnis der Roth-Bernhardt-schen Meralgie und ihrer operativen Behandlung Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie X.
46. Branwall, A case of meralg. paraesthetica. Neurolog. Centralblatt 1905, Bd. XXIV.
47. Strümpell, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Bd. III, 1900.
48. Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1900.

Lebenslauf.

Verfasser ist geboren am 5. April 1880 als Sohn des verstorbenen Chemikers Wilhelm Lindner zu Weissensee bei Berlin, ist evangelischer Konfession und preussischer Staatsangehörigkeit. Er besuchte von Ostern 1890 bis Ostern 1899 das Gymnasium zum Grauen Kloster zu Berlin und legte an demselben seine Maturitätsprüfung ab. Dann wurde er immatrikuliert an der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen zu Berlin und bestand in Berlin Ostern 1901 die ärztliche Vorprüfung. Nach beendetem 9. Semester trat er als Unterarzt in die Armee ein und erhielt nach Ablegung seines Staatsexamens in Berlin am 2. April 1905 die Approbation. Am 15. Juni 1905 erfolgte seine Ernennung zum Assistenzarzt.

Während seines Studiums besuchte Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Dozenten:

Bennecke (†), v. Bergmann, Bernhardt, Brieger, Engelmann, Engler, Ewald, Fischer, Fraenkel, Fritsch, Gerhardt, Goldscheider, Gusserow (†), Hertwig, Heubner, Hiller, Jolly (†), Israel, Köhler, König, Köppen, Lesser, v. Leyden, Liebreich, v. Michel, Olshausen, Orth, Passow, Rubner, Salkowski, Schulze, Schwendener, Sonnenburg, Strassmann, Stumpf, Thierfelder, R. Virchow (†), H. Virchow, Waldeyer, Warburg.

Allen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen ergebensten Dank aus.